

Kinder

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr kieferorthopädisches Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

### PERSÖNLICHE DATEN

#### Patient (Kind)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kinder-/ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsart:  gesetzlich versichert  freiwillig versichert  privat voll-versichert  Beihilfe  
 Basistarif einer privaten Versicherung  Zusatzversicherung für Kieferorthopädie

#### Versicherter/ Erziehungsberechtigter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger (soweit nicht Versicherter): \_\_\_\_\_

Dürfen wir von Ihrem Kind angefertigte Röntgenbilder zur Info an den behandelnden Zahnarzt/Chirurg per Mail senden?  ja  nein

### ANAMNESE

Herz-Kreislaufkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Allergien (z.B. Medikamente, Nickel, Kunststoff, Latex)  nein  ja \_\_\_\_\_

Gelenkschmerzen (z.B. Rheuma, Arthritis)  nein  ja \_\_\_\_\_

Psychische/neurologische Erkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Epilepsie (Anfallsleiden)  nein  ja \_\_\_\_\_

Haltungsschäden (z.B. Skoliose, Beckenschiefstand)  nein  ja \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsneigung/ Bluterkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)  nein  ja \_\_\_\_\_

Asthma/Lungenerkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Ernährungsstörungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_

Normale Entwicklung des Kindes  ja  nein

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?  ja  nein

Wenn ja, welche/wann? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen im Kopf-/Halsbereich (z.B. Entfernung der Mandeln/ Polypen?)  ja  nein

Wenn ja, welche/wann? \_\_\_\_\_

Sind Zahn-/ Kieferfehlstellungen in Ihrer Familie bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

War oder ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  ja  nein

Wurde Ihr Kind in letzter Zeit im Bereich des Kopfes geröntgt?  ja  nein

In welchem Alter sind die ersten Milchzähne durchgebrochen? \_\_\_\_\_

Wird ein Musikinstrument gespielt? Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Wird eine Sportart betrieben? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Lutscht oder lutschte Ihr Kind an:  Daumen  Schnuller  Sonstiges Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

Menstruation (*Mädchen*) bzw. Stimmbruch (*Jungen*):  noch nicht  seit \_\_\_\_\_  
(Diese Angabe benötigen wir zur Einschätzung des individuellen Kieferwachstums Ihres Kindes.)

Trifft einer oder treffen mehrere der folgenden Befunde auf Ihr Kind zu?

Knirschen/Zähnepressen  Sprechfehler (z.B. *Lispeln*)  Schnarchen  Schlafen mit offenem Mund

gesteigerte Tagesmüdigkeit  Stiftekauen/Nägelkauen/Lippenbeißen  Beschwerden im Kiefergelenk

Kopfschmerzen/Verspannungen  Häufige Erkältungskrankheiten (z.B. *Schnupfen, Bronchitis*)

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wo/wann? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung abgebrochen?  ja  nein

Wurden bereits Unterlagen für eine kieferorthopädische Planung erstellt?  ja  nein

Was ist der Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis?

aus eigenem Antrieb, weil: \_\_\_\_\_

auf Anraten/ Überweisung von: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bin darüber informiert, dass in einem Behandlungsraum an mehr als an einer Behandlungseinheit behandelt wird, und stimme dem zu.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

**Ihr Praxisteam Dr. Johannes Ziegler**